San Carlos de Guaroa, Meta, 15 de julio del 2026.

Doctora.
**YENNY LORENA GAMA BECERRA**
Gerente.
E.S.E. Hospital Local San Carlos de Guaroa.
Calle 5 N 7 14 Tel. 6557182
La Ciudad

**Asunto**: Carta de Presentación de oferta técnica y económica

**CECILIA MARICRUZ CAMPOSECO MONTEJO** identificada con cedula de ciudadanía número 5965844 de México, con domicilio en la ciudad de San José del Guaviare, de acuerdo con la **invitación a ofertar**, formulo la siguiente propuesta técnica y en caso de que me sea aceptada por el HOSPITAL, me comprometo a firmar el contrato de prestación de servicios correspondiente.

Declaramos así mismo:

- Que esta propuesta y el contrato que llegase a celebrarse solo compromete al firmante de esta carta.
- Que conozco la información general y demás documentos de la invitación a ofertar del presente proceso de invitación y acepto los requisitos en ellos contenidos.
- Que el valor total de la propuesta es de OCHO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL PESOS ($ 8.280.000) M/CTE
- Tiempo de Ejecución: un (01) mes y quince (15) dias
- Honorarios: 4.140.000
- Que la presente propuesta consta de (____) folios debidamente numerados y en el orden de presentación de los documentos de la oferta.

Lo anterior para los fines pertinentes.

Atentamente,

Firma Cecilia Maricruz Campoeco Montejo

**CECILIA MARICRUZ CAMPOSECO MONTEJO**
C.C de Ext. 5965844 de México
E-mail: camposecocecilia91@gmail.com
Dirección: CLL 8 C 28 B 40 CA 18 D BRR Portal de Belén San José del Guaviare
Celular: 3182161286

| | ESE HOSPITAL LOCAL SAN CARLOS DE GUAROA<br>NIT: 900.077.520-4 | | | | | | | | | | | Código: GTH-FR-03 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | PROCESO DE TALENTO HUMANO | | | | | | | | | | | Versión: 07 |
| | LISTA DE VERIFICACIÓN HOJAS DE VIDA | | | | | | | | | | | Vigencia: 10/04/2026 |
| Nombres y apellidos del colaborador | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de verificación de documentos | | | | | | | | | | | | |
| Persona que verifica | | | | | | | | | | | | |
| | Asistenciales | | | | | | | | | Administrativos | | |
| Requisitos / Perfiles | Médicos | Enfermeros | Bacteriólogo | Odontólogo | Regente de farmacia | Aux de Enfermería | Aux. Salud Oral | Conductores | Aux. Servicios generales | Profesionales | Técnicos | Auxiliar administrativo |
| HOJA DE VIDA | | | | | | | | | | | | |
| Carta de presentación de oferta (Contratistas) | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Hoja de vida descargada del SIGEP II | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Fotocopia de la cédula | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Fotocopia del RUT | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Certificado de bienes y rentas y declaración de conflicto o no conflicto de interés | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Libreta militar (solo para personal de sexo masculino) | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Licencia de conducción | | | | | | | | X | | | | |
| Certificación bancaria | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Tarjeta profesional | X | X | X | X | | | | | | X | | |
| Inscripción en el RETHUS | X | X | X | X | X | X | X | | | | | |
| Certificado de antecedentes profesionales, expedida por la asociación o colegio profesional respectivo | X | X | X | X | X | | | | | X | | |
| Soporte de afiliación al SGSSS / Planilla de pago (ARL, salud y pensión) | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Formato de inducción y /o reinducción | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL de IPS aliada (INTEGRAR, PROTEGER O CENDIATRA) | | | | | | | | | | | | |
| Examen médico ocupacional | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Anexo osteomuscular | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Optometría | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Perfil lípidico | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Hemograma | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Glicemia | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Audiometría | | | | | | | | X | | X | X | X |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Antecedentes de deudores de alimento - REDAM | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Declaración juramentada de no estar incurso en inhabilidades, incompatibilidades y a paz y salvo con los aportes de seguridad social para contratar | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Antecedentes Interpol | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Antecedentes Lista Clinton | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Formulario de Conocimiento del Cliente y/o Proveedores | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| VACUNAS | | | | | | | | | | | | |
| Carnet de vacunación esquema regular (Hepatitis B, Tetano, F. Amarilla, Influenza) | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Carnet de vacunación (Influenza) | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Carnet de vacunación esquema COVID 19 | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| VERIFICACIÓN DE TÍTULOS | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| VERIFICACIÓN DE REFERENCIAS LABORALES | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

FORMATO COMPLETO

Libertad y Orden

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Camposeco | Montejo | Cecilia Maricruz |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. ○ C.E. ⊗ PAS ○ No. 5965844 | F ⊗ M ○ NB ○ | COL. ○ EXTRANJERO ⊗ | MEXICO |

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA DIA 09 MES 07 AÑO 1991

PAÍS MEXICO

DEPTO

MUNICIPIO

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

CALLE 8 28 40 MANZANA 1 CASA 231 BARRIO LA PAZ

PAÍS COLOMBIA DEPTO GUAVIARE

MUNICIPIO SAN JOSÉ DEL GUAVIARE

TELÉFONO 3182161286 EMAIL Camposecocecilia91@gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO ( LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA )

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO | BASICA SECUNDARIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 1X° | MES | 10 | AÑO | 2008 |

***EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

**TC** (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

**ES** (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | | MES | AÑO | |
| PREGRADO | 12 | X | | MEDICINA | 07 | 2018 | |

## 3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

***EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO***

*DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:*

**INF** (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

## 6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

| EXPERIENCIAS DEL DOCENTE | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA | | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS | | | | | | |
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día: | | Mes: | | Año: | | Día: | | Mes: | | Año: | |
| AREA DE CONOCIMIENTO | NIVEL EDUCATIVO | | | DIRECCIÓN | | | | | | |

## 7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 1 | 0 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 0 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

## 8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* _____

_____

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*




I<COL5965844<<9<<<<<<<<<<<<<<<
9107094F2707277MEX<<<<<<<<<<<6
CAMPOSECO<MONTEJO<<CECIL<MARIC

# DIAN — Formulario del Registro Único Tributario — 001

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario: 141124777897

(415)7707212489984(8020) 000014112477789 7

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 7 0 0 3 6 2 0 0 9 | 8 | Delegada de Imp y Aduanas de San José de Guaviare | 7 8 |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de identificación |
|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Extranjería 2 2 | 5 9 6 5 8 4 4 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CAMPOSECO | MONTEJO | CECILIA | MARICRUZ |

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Guaviare 9 5 | San José del Guaviare 0 0 1 |

41. Dirección principal: CL 8 C 28 B 40 CA 18 D BRR PORTAL DE BELEN

42. Correo electrónico: camposecocecilia91@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 8 2 1 6 1 2 8 6 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 2 1 | 2 0 2 0 0 2 0 3 | 0 0 1 0 | 2 0 2 3 0 1 0 1 | | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 4 9

O-regimen. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

### Usuarios aduaneros

54. Código

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

**IMPORTANTE:** Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación.

**Para uso exclusivo de la DIAN**

59. Anexos SI [ ] NO [X] — 60. No. de Folios: 0 — 61. Fecha: 2024-09-12 / 10:26:44AM

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: CAMPOSECO MONTEJO CECILIA MARICRUZ

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

| Tipo de declaración | INGRESO | Fecha de publicación | 2026-01-15 21:34 |
|---|---|---|---|

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| CECILIA | MARICRUZ | CAMPOSECO | MONTEJO |

Documento de identificación

| Tipo | CEDULA DE EXTRANJERIA | Número | 5965844 |
|---|---|---|---|

Lugar de nacimiento

| País | MEXICO | Departamento | | Municipio | |
|---|---|---|---|---|---|

Lugar de domicilio

| País | COLOMBIA | Departamento | META | Municipio | ACACÍAS |
|---|---|---|---|---|---|

| Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje | HOSPITAL LOCAL DE SAN CARLOS DE GUAROA |
|---|---|

Lugar de sede

| País | COLOMBIA | Departamento | META | Municipio | SAN CARLOS DE GUAROA |
|---|---|---|---|---|---|

| Dirección | ["Calle 5 No. 7-14"] |
|---|---|

| Cargo o función que cumple | CONTRATISTA |
|---|---|

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, qu presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestació del servicio público.

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente m declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o pc interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2023 fueron:

| Nombre corporación, sociedad o asociación | Tipo | Calidad de socio | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## 1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando d forma ocasional o permanente son las siguientes:

| Detalle de las actividades | Forma participación |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registr de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con lo intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

## 2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| | | | |

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

## 2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

## 2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

| Nombre entidad | Valor |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

BBVA

Creando Oportunidades

# BBVA Colombia
# NIT 860.003.020-1
# Certifica

Que nuestro(a) cliente CECILIA MARICRUZ CAMPOSECO MONTEJO, identificado(a) con cédula de extranjería número 5,965,844 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 846075042 aperturada el 21 de diciembre de 2022 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 13 de julio de 2026.

---

Para trámites de nómina,legales,internacionales y otros,también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

| | |
|---|---|
| Cuenta de 10 dígitos: | 0846075042 |
| Cuenta de 16 dígitos: | 0846000200075042 |
| Cuenta de 20 dígitos: | 00130846000200075042 |

---

Firma autográfica

Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

*Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.*

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD DIGITAL

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA · Salud · COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

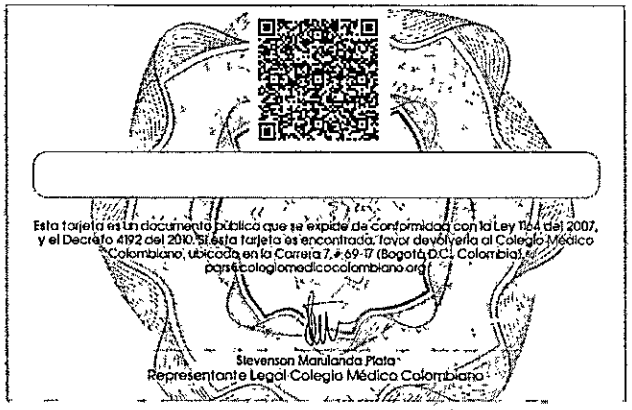
CECILIA MARICRUZ CAMPOSECO MONTEJO
CE 5965844

MÉDICO

Universidad De Ciencias Medicas De La Habana
Cuba

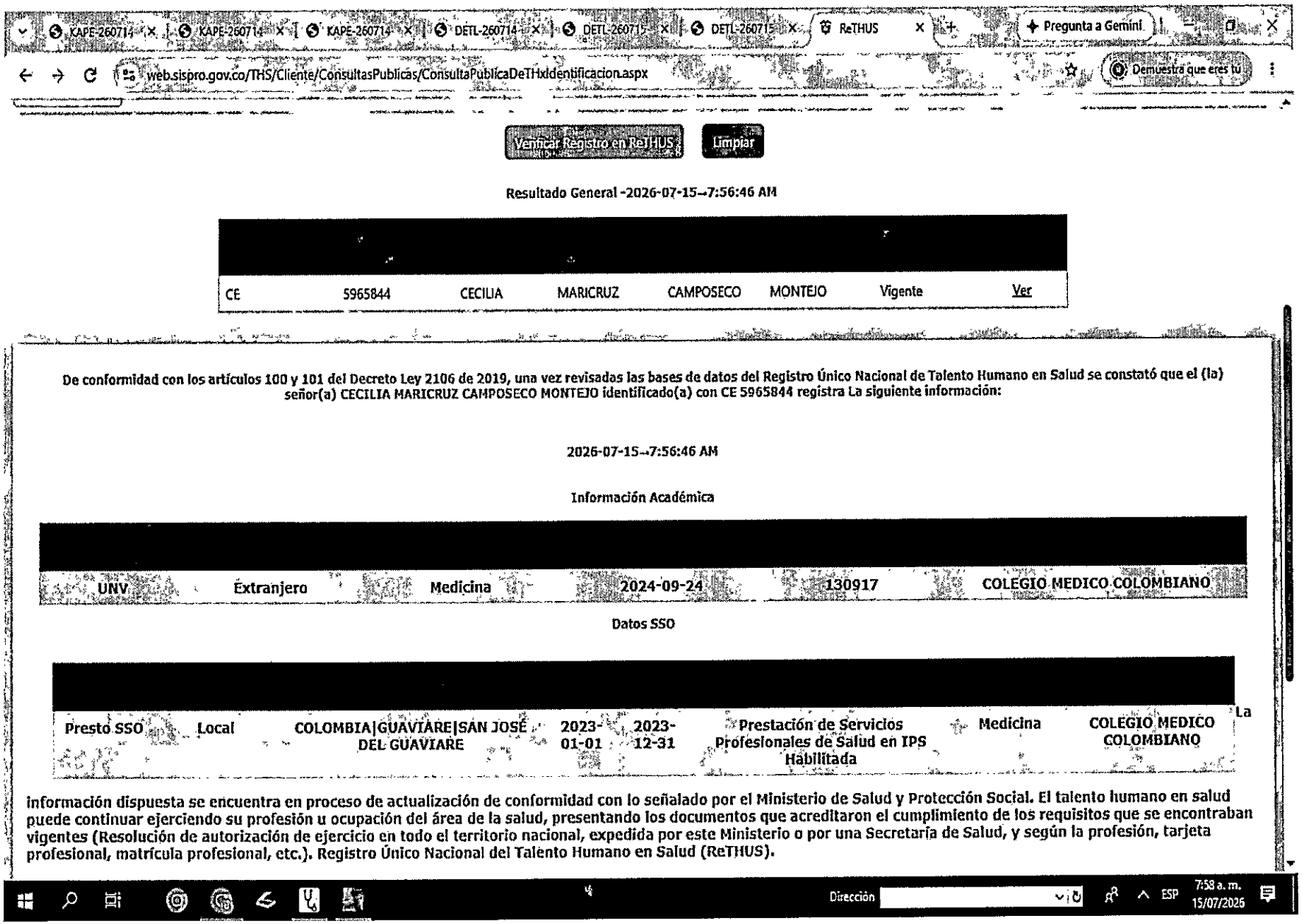
GRADO: 15/07/2018
ReTHUS: 24/09/2024






*QR DIGITAL*

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC


KAPE-260714
KAPE-260714
KAPE-260714
DETL-260714
DETL-260715
DETL-260715
ReTHUS
Pregunta a Gemini
web.sispro.gov.co/THS/Cliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHxIdentificacion.aspx
Demuestra que eres tú
Verificar Registro en ReTHUS
Limpiar
Resultado General -2026-07-15--7:56:46 AM
CE 5965844 CECILIA MARICRUZ CAMPOSECO MONTEJO Vigente Ver
De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) CECILIA MARICRUZ CAMPOSECO MONTEJO identificado(a) con CE 5965844 registra La siguiente información:
2026-07-15--7:56:46 AM
Información Académica
UNV Extranjero Medicina 2024-09-24 130917 COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
Datos SSO
Presto SSO Local COLOMBIA|GUAVIARE|SAN JOSÉ DEL GUAVIARE 2023-01-01 2023-12-31 Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada Medicina COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).
Dirección
ESP
7:58 a. m.
15/07/2026

# Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

**C596584400333228**
**Codigo de verificacion**

**EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL**

**NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA**

**CERTIFICA**

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **CECILIA MARICRUZ CAMPOSECO MONTEJO,** identificado(a) con C.E. No. 5965844 y T.P. o R.M. No. 5965844 del(a) Colegio Médico Colombiano, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el viernes 10 julio 2026 a solicitud del(a) interesado(a).

TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA PRESIDENTE

**HERMAN REDONDO GOMEZ**
Presidente

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7212847 Bogotá D. C.
E - Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org
antecedentestribunal@outlook.com

nueva eps

**CERTIFICA**

Que la persona relacionada a continuación, en cumplimiento a lo establecido en las normas legales vigentes, ha cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

| | |
|---|---|
| **Datos del COTIZANTE** | |
| **CE 5965844 CECILIA MARICRUZ CAMPOSECO MONTEJO** | |
| Estado Cotizante: | **Vigente** |
| Causal: | **Activo sin pago Dec 2353 y C. Solidaria** |
| Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.: | **4** |
| Fecha Afiliación: | **19/02/2023** |
| Fecha Último Periodo Cotizado: | |
| Fecha Cancelación: | |

La presente certificación se expide el día 13 de Julio de 2026 a solicitud del (de la) interesado(a).

**Observaciones:**

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
**Nueva EPS S.A.**

Medellín, 28 de julio de 2026

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.**

## CERTIFICA:

Que CECILIA MARICRUZ CAMPOSECO MONTEJO identificado(a) con cédula extranjería 5965844 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

**Fecha inicio cobertura:** 29/07/2026 **Fecha fin cobertura:**

### INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SANCARLOS DE GUAROA N900077520**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

**CENTRO DE TRABAJO:** 0000000001 - PRINCIPAL META

**CLASE:** 3 **PORCENTAJE:** 2.436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

### INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

**CODIGO DE ACTIVIDAD:** 3861001

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

**Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:**

***Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:***

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

***Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.***

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Colpensiones

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CECILIA MARICRUZ CAMPOSECO MONTEJO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Extranjería** número **5965844,** se encuentra afiliado/a desde **07/02/2023** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 13 de Julio de 2026.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

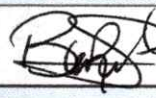
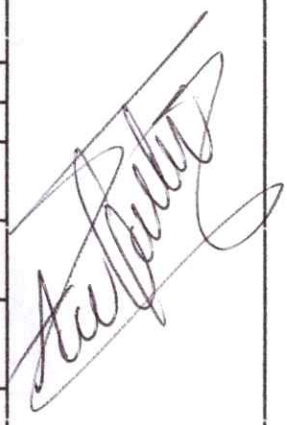
| | | |
|---|---|---|
| HOSPITAL LOCAL SAN CARLOS<br>San Carlos de Guaroa - Meta. | ESE HOSPITAL LOCAL SAN CARLOS DE GUAROA<br>NIT: 900.077.520-4 | Código: GTH-FR-02 |
| | PROCESO DE TALENTO HUMANO | Versión: 03 |
| | FORMATO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | Vigencia: 03/09/2024 |

| | |
|---|---|
| Fecha de ejecución | 18-JUIO-2026 |
| NombreS y apellidoS del colaborador | CECILIA MARICRUZ CAMPOSECO. |
| Documento de identidad | CE 596584 |
| Cargo / Obligaciones / actividades | Medico General |
| Área / Proceso | ASISTENCIAL. |

| INFORMACIÓN GENERAL | Si | NO | NA | Responsable de la inducción /reinducción | Firma de colaborador |
|---|---|---|---|---|---|
| Bienvenida | ✓ | | | VIVIANA VARGAS. | Cecilia |
| Contexto del hospital e historia, Sedes | ✓ | | | | |
| Plataforma estratégica (Misión, Visión, Principios y Valores) | ✓ | | | | |
| Código de integridad - código de ética y buen gobierno | ✓ | | | | |
| Estructura Organizacional (Organigrama) | ✓ | | | | |
| Estructura funcional (Mapa de procesos ) | ✓ | | | | |
| Políticas institucionales | ✓ | | | | |
| Manual de funciones | | | ✓ | | |
| Sistema de gestión de calidad, Norma ISO 9001 | ✓ | | | | |
| Normas generales (Horario, Código de vestuario, etc.) | ✓ | | | | |
| Política de confidencialidad | ✓ | | | | |
| Formato de permisos y compensatorios | | | ✓ | | |
| Formato de paz y salvo | | | ✓ | | |
| Derechos y deberes del colaborador | ✓ | | | | |
| Uso adecuado del celular | ✓ | | | | |
| Entrega de Carné | | | | | |

| SUBGERENCIA ASISTENCIAL | Si | NO | NA | Responsable de la inducción /reinducción | Firma de colaborador |
|---|---|---|---|---|---|
| Modelo de atención | V | | | | Cecilia |
| Portafolio de servicios | V | | | | |
| Normas de bioseguridad | V | | | | |
| Horarios de visita | V | | | | |
| Restricciones a las instalaciones | V | | | | |
| Política de seguridad del paciente, Programa de seguridad del paciente, Buenas practicas de seguridad del paciente, | V | | | | |
| Humanización en la prestación del servicio | V | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| HOSPITAL LOCAL SAN CARLOS<br>San Carlos de Guaroa - Meta. | ESE HOSPITAL LOCAL SAN CARLOS DE GUAROA<br>NIT: 900.077.520-4 | Código: GTH-FR-02 |
| | PROCESO DE TALENTO HUMANO | Versión: 03 |
| | FORMATO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | Vigencia: 03/09/2024 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de ejecución | | | | | |
| NombreS y apellidoS del colaborador | | | | | |
| Documento de identidad | | | | | |
| Cargo / Obligaciones / actividades | | | | | |
| Área / Proceso | | | | | |
| SG- SST | Si | NO | NA | Responsable de la inducción /reinducción | Firma de colaborador |
| Plan de emergencia | ✓ | | |  |  |
| Bioseguridad - Precauciones universales | ✓ | | | | |
| Manejo de residuos - Código de colores | ✓ | | | | |
| Reporte de accidente laboral | ✓ | | | | |
| Uso de EPP | ✓ | | | | |
| Pausas activas | ✓ | | | | |
| Identificación y reporte de peligros | ✓ | | | | |
| | | | | | |
| CONTROL INTERNO | Si | NO | NA | Responsable de la inducción /reinducción | Firma de colaborador |
| Matriz de riesgos y sus controles | | | |  | Cecilia |
| | | | | | |
| INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN ESPECIFICA | Si | NO | NA | Responsable de la inducción /reinducción | Firma de colaborador |
| Presentación del área y compañeros de trabajo | ✓ | | |  | Cecilia |
| Presentación de documentos del proceso | ✓ | | | | |
| Presentación de sus actividades / funciones /obligaciones | ✓ | | | | |
| Presentación de indicadores del proceso | | | ✓ | | |
| Presentación de riesgos del proceso | ✓ | | | | |
| Entrega de equipos, elementos, insumos para la realización de las actividades. | ✓ | | | | |
| Presentación de informes a entidades de inspección y vigilancia. | ✓ | | | | |
| Autoriza el uso de su correo personal y teléfono para la comunicación institucional. | ✓ | | | | |
| Actividades de PYMS - Rutas de atención | ✓ | | | | |
| Programa Ampliado de Inmunización- PAI | ✓ | | | | |
| Vigilancia en Salud Pública | ✓ | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| HOSPITAL LOCAL SAN CARLOS E.S.E. San Carlos de Guaroa - Meta. | ESE HOSPITAL LOCAL SAN CARLOS DE GUAROA NIT: 900.077.520-4 | Código: GTH-FR-02 |
| | PROCESO DE TALENTO HUMANO | Versión: 03 |
| | FORMATO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | Vigencia: 03/09/2024 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de ejecución | | | | | |
| NombreS y apellidoS del colaborador | | | | | |
| Documento de identidad | | | | | |
| Cargo / Obligaciones / actividades | | | | | |
| Área / Proceso | | | | | |
| Derechos y deberes del paciente | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| SUBGERENCIA ADMINISTRATIVO Y FINANCIERA | Si | NO | NA | Responsable de la inducción /reinducción | Firma de colaborador |
| Radicación de cuentas | X | | | Ivana Valentina Rojas | Cecilia |
| Presentación de informes | | | X | | |
| Supervisión de contratos | | | X | | |
| Responsabilidad frente a daño de elementos y detrimentos | X | | | | |
| Responsabilidad frente a funciones - obligaciones contractuales | X | | | | |
| | | | | | |
| ALMACÉN | Si | NO | NA | Responsable de la inducción /reinducción | Firma de colaborador |
| Formato de solicitud de pedidos | | | | Gianella | Cecilia |
| Horario de solicitud y entrega de los elementos | | | | | |
| Custodia y cuidado de los elementos | | | | | |
| Formato de entrega de equipos, muebles, elementos | | | | | |
| Formato de reporte de daños | | | | | |
| Formato de Solicitud de mantenimiento de infraestructura, equipos biomédicos, equipos de apoyo | | | | | |
| | | | | | |
| GESTIÓN DOCUMENTAL | Si | NO | NA | Responsable de la inducción /reinducción | Firma de colaborador |
| Radicación de correspondencia interna y externa | | | | Gianella | Cecilia |
| | | | | | |

**LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.**
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629
Acacias
Tel. 3134117421 - 3123209605
gerente@protegerips.com

| CÓD | F-EO-01-FI |
|---|---|
| VERSIÓN | 01 |
| FECHA | 15-JUL-2013 |
| Pág 1 de 2 | |

# CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL

## DATOS DEL CERTIFICADO Y LA EMPRESA

| | | |
|---|---|---|
| Tipo Examen: EVALUACION MEDICA PRE-INGRESO | # Orden: 5757 | Fecha: 2026-07-18 08:39 |
| Empresa: PARTICULARES | NIT: 01 | Sector: - |
| Ent. Misión: PARTICULARES | NIT: 01 | Ciudad: BOGOTA, D.C. |

VERIFICACIÓN

## DATOS DEL TRABAJADOR

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRES: CECILIA MARICRUZ | APELLIDOS: CAMPOSECO MONTEJO | |
| IDENTIFICACIÓN: 5965844 | FECHA NAC: 09 de Julio de 1991 | EDAD: 35 |
| ESTADO CIVIL: UNION LIBRE | NIVEL EDUC: PROFESIONAL | CARGO: MEDICO GENERAL |
| EPS: NUEVA EPS | ARL: POSITIVA | AFP: Colpensiones |

FOTOGRAFÍA



## EXÁMENES REALIZADOS

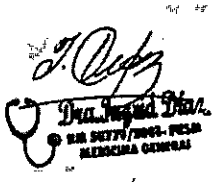
Hepatitis B: Antigeno De Superficie (ag Hbs) - Optometria - Anexo Osteomuscular - Perfil Lipidico - Audiometria - Examen Medico Ocupacional

## RESULTADO PARA LA VALORACIÓN MEDICO OCUPACIONAL

**RESULTADO: Con Recomendaciones**

## RECOMENDACIONES MÉDICO OCUPACIONALES

1. Continuar con estilos de vida saludables
2. Utilice la corrección óptica de manera constante para la visión lejana e intermedia para asegurar la nitidez visual.
3. Acuda a revisión optométrica anual para verificar la estabilidad del defecto refractivo y la salud ocular general.
4. Mantenga el soporte terapéutico y nutricional indicado para favorecer la recuperación de funciones mentales superiores.





**Atendido por: DIAZ CUBILLOS INGRID SHIRLEY**
**Registro Médico: 50779**
**Licencia S.O.: RESOLUCION 1839-2022**

**Paciente: CAMPOSECO MONTEJO CECILIA MARICRUZ**
**Identificación: 5965844**

*Documento autenticado digitalmente. Para validar este certificado, escanee el código QR o ingrese a: https://jarvis.protegerips.com/validar_certificado/1140998?token=788d789525b8e7df1ea456887991681*

20080501004012322460000804

# República de Guatemala, C. A.

## El Ministerio de Educación

Por cuanto:

LA DIRECCIÓN DEL INSTITUTO EVANGELICO "AMERICA LATINA" JORNADA VESPERTINA CHIMALTENANGO , CHIMALTENANGO

Ha informado que

CECILIA MARICRÚZ CAMPOSECO MONTEJO

hizo los estudios y sustentó las evaluaciones de ley para optar al diploma de

**BACHILLER EN COMPUTACION CON ORIENTACION CIENTIFICA**

habiendo obtenido en ellas la aprobación correspondiente

**POR TANTO:**

le otorga el presente diploma para que de él haga el uso conveniente.

Dado en la República de Guatemala, el 15 de Octubre de 2008

Director del Establecimiento

Director Departamental de Educación
Lic. Francisco Gómez Per



Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE CUBA

# El Rector de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

en uso de las facultades que le están conferidas y a propuesta del Decano de la Facultad, expide el presente Título de:

## Doctora en Medicina

a favor de:

## Cecilia Maricruz Camposeco Montejo

por haber cumplido los requisitos establecidos en el plan de estudios y realizado los ejercicios correspondientes para la conclusión de la carrera, el día 1º, del mes de julio, del año 2018.

En testimonio de lo cual, se suscribe en la Ciudad de La Habana a los 15 días del mes de julio del año 2018.

Decana

Rector

Refrendado

Secretaria General

Registrado en tomo XI folio 171 número 5657 del Registro de Títulos de la Secretaría General del CES

Registrado en tomo II folio 75 número 1872 de la Secretaría de la Facultad de Manuel Fajardo

Powered by CamScanner

Departamento de Archivo, Títulos y Certificaciones
Secretaría General

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA

*CERTIFICO DE TÍTULO*

*LA DRA. MSc. IVONNE MARTÍNEZ IGLESIAS, DIRECTORA DE SECRETARIA GENERAL DE LA UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA, CERTIFICO QUE:*

**CECILIA MARICRÚZ CAMPOSECO MONTEJO**, se graduó como **Doctora en Medicina**, quedando registrado su título en el Folio ciento setenta y uno (171), Número cinco mil seiscientos cincuenta y siete (5657) del Libro Registro de Títulos correspondiente a la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana y al Folio setenta y cinco (75) Número mil ochocientos setenta y dos (1872) de la Facultad de Ciencias Médicas "Manuel Fajardo" adscripta al Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, como Centro Universitario creado por la Ley 1307 del Consejo de Ministros, de la República de Cuba, con fecha 29 de julio de 1976, cambiando su denominación a Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, por la Resolución del Ministerio de Economía y Planificación de Cuba No. 208/09, que tiene entre sus funciones la capacidad docente y la competencia legal para la formación en pre y postgrado de profesionales y técnicos en el campo de ciencias médicas (Médicos, Estomatólogos, Licenciados en Enfermería, Licenciados en Tecnología de la Salud y otros así como Máster y Especialistas).....

De acuerdo con la legislación vigente, no se expedirán duplicados de Títulos o Diplomas y en caso de inutilización o extravío se emitirá por la Secretaría General, la certificación expresiva de haberse expedido el Título.

Y a solicitud de la interesada, autorizado con el Sello Oficial de la Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, se expide la presente en La Habana, República de Cuba, a los quince días del mes de julio del año dos mil dieciocho.....

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

RESOLUCIÓN No

**005015 02 ABR 2020**

Por medio de la cual se resuelve una solicitud de convalidación

**EL SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR** en ejercicio de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere el artículo 29 del Decreto 5012 de 2009 y la Resolución No. 17562 del 31 de diciembre de 2019

**CONSIDERANDO:**

Que CECILIA MARICRUZ CAMPOSECO MONTEJO, ciudadana mexicana, identificada con pasaporte No. G21958172, presentó para su convalidación el título de DOCTORA EN MEDICINA, otorgado el 15 de julio de 2018, por la UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA, CUBA, mediante solicitud radicada en el Ministerio de Educación Nacional con el No. CNV-2019-0002929

Que de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 5012 de 2009, corresponde al Ministerio de Educación Nacional convalidar los títulos de educación superior otorgados por instituciones de educación superior extranjeras de acuerdo con las normas vigentes

Que en virtud del artículo 16° de la Resolución 20797 del 09 de octubre de 2017, para efectos de la convalidación de títulos en el área de la salud, establece: *"Los títulos del área de la salud deben ser sometidos únicamente al criterio de evaluación académica a cargo de la Comisión Nacional Intersectorial para el Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior – CONACES, órganos o pares evaluadores"*

Que el 2 de noviembre de 2019, los estudios fueron evaluados por la Comisión Nacional Intersectorial para el Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior - CONACES, la cual emitió concepto favorable, señalando que el título obtenido es equivalente al de MÉDICO(A).

Que con fundamento en las anteriores consideraciones, y después de haber estudiado la documentación presentada, se concluye que es procedente la convalidación solicitada.

En mérito de lo expuesto,

**RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO.-** Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el título de DOCTORA EN MEDICINA, otorgado el 10 de julio de 2019, por la UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA, CUBA, a CECILIA MARICRUZ CAMPOSECO MONTEJO, ciudadana mexicana, identificada con pasaporte No. G21958172, como equivalente al título de MÉDICO (A), que otorgan las instituciones de educación superior colombianas de acuerdo con la Ley 30 de 1992.

**PARÁGRAFO.-** La convalidación que se hace por el presente acto administrativo, no exime al profesional beneficiario del cumplimiento de los requisitos exigidos por las normas que regulan el ejercicio de la respectiva profesión

**ARTÍCULO SEGUNDO. -** Para el ejercicio de la profesión se deberá realizar la respectiva inscripción en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud, según lo dispuesto en la ley 1164 de 2007.

Powered by CamScanner

# CORPORACIÓN TECNOLÓGICA PARA EL META Y LA ORINOQUIA "CORPOTECMETA"

ACUERDO 039 DEL 5 DICIEMBRE DEL 2008 (MSPS)- RESOLUCIÓN N° 1022 DEL 30 JUNIO 2020 (SEM) REPUBLICA DE COLOMBIA - MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

## CERTIFICA QUE:

# CECILIA MARICRUZ CAMPOSECO M.

Identificado (a) con C.E. 5.965.844

Realizo y Aprobó el curso en: **HUMANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD**; adelantado en las instalaciones de la Institución Educativa Para El Trabajo y el Desarrollo Humano, Corporación Tecnológica Para el Meta y la Orinoquia "CORPOTECMETA" con una intensidad de 60 horas teórico - prácticas del 04 al 09 de enero del 2026 obteniendo excelente resultados.

Dado en Villavicencio - Meta, a los 09 días del mes de enero del año 2026 Acta No 1512 Reg. No 1512. (F.3)

Calle 37. No 40-51 Barzal Alto - Villavicencio-Meta Cel. 3222500942
administrativa@corpotecmeta.edu.co

**ALEJANDRA ECHENIQUE MOSQUERA**
Directora

**SANDRA SALCEDO APONTE**
Secretaria

49

*Comprometidos con sus necesidades*

91

LIFECARE
SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

# CECILIA MARICRUZ CAMPOSECO MONTEJO

*C.C. 5.965.844 C.E*

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER DE

## *ATENCIÓN A VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO*

*Ralizado los días 20 al 21 de SEPTIEMBRE de 2025 con una intensidad de 20 horas.*
*CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 21 DE SEPTIEMBRE DE 2027*

*DADO EN ACACIAS (META) A LOS 21 DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DE 2025*

CESAR GERMAN CASTAÑEDA
GERENTE

*Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.*
*VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN*

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 605 4810 - 313 474 0022 - Ofic. 608 873 6310

Sede Armenia.
Cel. 300 702 0999

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

Powered by CamScanner

LIFECARE
SERVICE

*Comprometidos con sus necesidades*

631

# HACE CONSTAR QUE:

## *CECILIA MARICRUZ CAMPOSECO MONTEJO*

*C.C. 5.965.844 C.E*

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER DE

## *SOPORTE VITAL BASICO (BLS)*

*Relizado los días 02 al 03 de SEPTIEMBRE de 2025 con una intensidad de 20 horas.*
*CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 03 DE SEPTIEMBRE DE 2027*

*DADO EN ACACIAS (META) A LOS 03 DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DE 2025*

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

*Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.*
*VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN*

Sede Neiva, Cl. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 313 474 0022 - Ofic. 608 873 6310

Sede Armenia.
Cel. 300 702 0999

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

*Comprometidos con sus necesidades*

305

LIFECARE
SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

# CECILIA MARICRUZ CAMPOSECO MONTEJO

*C.C. 5.965.844 C.E*

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER DE

## *SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)*

*Relizado los días 09 al 14 de SEPTIEMBRE de 2025 con una intensidad de 48 horas.*
*CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 14 DE SEPTIEMBRE DE 2027*

*DADO EN ACACIAS (META) A LOS 14 DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DE 2025*

CESAR GERMAN CASTAÑEDA
GERENTE

*Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.*
*VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN*

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 313 474 0022 - Ofic. 608 873 6310

Sede Armenia.
Cel. 300 702 0999

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

Powered by CamS

LIFECARE
SERVICE

*Comprometidos con sus necesidades*

146

HACE CONSTAR QUE:

# CECILIA MARICRUZ CAMPOSECO MONTEJO

*C.C 5.965.844 C.E*

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER DE

## *ATENCION INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIEPI-CLINICO)*

*Ralizado los días 06 al 07 de SEPTIEMBRE de 2025, con una intensidad de 20 horas.*
*CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 07 DE SEPTIEMBRE DE 2027*

*DADO EN ACACIAS (META) A LOS 07 DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DE 2025*

CESAR GERMAN CASTAÑEDA
GERENTE

*Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.*
*VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN*

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 313 474 0022 - Ofic. 608 873 6310

Sede Armenia.
Cel. 300 702 0999

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

Powered by Cam

15

64b077c6-18b4-4e21-b30b-6800ac1f1c2e

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

## *Cecilia Maricruz Camposeco Montejo*

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

## Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 75,00 %

13 de julio de 2023

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU | Robert Stempel College of Public Health & Social Work
FLORIDA INTERNATIONAL UNIVERSITY

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=64b077c6-18b4-4e21-b30b-6800ac1f1c2e

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Certifica*

# *Cecilia Maricruz Camposeco Montejo*

## *CE 5965844 de Bogotá D.C*

Realizó y aprobó el Curso de Anticoncepción con Énfasis en Implante Subdérmico y Dispositivos Intrauterinos (Jadelle - DIU)
con un total de 60 Horas.

Fecha de emisión: 2025-01-07
Fecha de vencimiento: 2027-01-07

Verificación:

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP: No 70976 - 051880. Copnia

DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

# CORPORACIÓN TECNOLÓGICA PARA EL META Y LA ORINOQUIA "CORPOTECMETA"

ACUERDO 039 DEL 5 DICIEMBRE DEL 2008 (MSPS)- RESOLUCIÓN Nº 1022 DEL 30 JUNIO 2020 (SEM) REPUBLICA DE COLOMBIA - MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

## CERTIFICA QUE:

# CECILIA MARICRUZ CAMPOSECO M.

Identificado (a) con C. E 5965844

Realizo y Aprobó el curso en **ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE AGENTES QUIMICOS,** adelantado en las instalaciones de la Institución Educativa Para El Trabajo y el Desarrollo Humano, Corporación Tecnológica Para el Meta y la Orinoquia "CORPOTECMETA" con una intensidad de 40 horas teórico - prácticas del 06 al 10 de septiembre del 2025 obteniendo excelente resultados.

Dado en Villavicencio - Meta, a los 10 días del mes de septiembre del año 2025 Acta No 1402

Reg. No 1402 (F.1)

Calle 37. No 40-51 Barzal Alto. Villavicencio-Meta Cel. 3222500942

administrativa@corpotecmeta.edu.co

**ALEJANDRA ECHENIQUE MOSQUERA**
Directora

**SANDRA SALCEDO APONTE**
Secretaria

SA

# CORPORACIÓN TECNOLÓGICA PARA EL META Y LA ORINOQUIA "CORPOTECMETA"

ACUERDO 039 DEL 5 DICIEMBRE DEL 2008 (MSPS)- RESOLUCIÓN Nº 1022 DEL 30 JUNIO 2020 (SEM) REPUBLICA DE COLOMBIA - MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

## CERTIFICA QUE:

# CECILIA MARICRUZ CAMPOSECO M.

Identificado (a) con C. E 5965844

Realizo y Aprobó el curso en **ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL,** adelantado en las instalaciones de la Institución Educativa Para El Trabajo y el Desarrollo Humano, Corporación Tecnológica Para el Meta y la Orinoquia "CORPOTECMETA" con una intensidad de 40 horas teórico - prácticas del 06 al 10 de septiembre del 2025 obteniendo excelente resultados.

Dado en Villavicencio - Meta, a los 10 días del mes de septiembre del año 2025 Acta No 1403

Reg. No 1403 (F.1)

Calle 37. No 40-51 Barzal Alto. Villavicencio-Meta Cel. 3222500942

administrativa@corpotecmeta.edu.co

**ALEJANDRA ECHENIQUE MOSQUERA**
Directora

**SANDRA SALCEDO APONTE**
Secretaria

# CORPORACIÓN TECNOLÓGICA PARA EL META Y LA ORINOQUIA "CORPOTECMETA"

ACUERDO 039 DEL 5 DICIEMBRE DEL 2008 (MSPS)- RESOLUCIÓN Nº 1022 DEL 30 JUNIO 2020 (SEM) REPUBLICA DE COLOMBIA - MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

## CERTIFICA QUE:

# CECILIA MARICRUZ CAMPOSECO M.

Identificado (a) con C. E 5965844

Realizo y Aprobó el curso en **ATENCION INTEGRAL EN SALUD Y MANEJO DE DUELO,** adelantado en las instalaciones de la Institución Educativa Para El Trabajo y el Desarrollo Humano, Corporación Tecnológica Para el Meta y la Orinoquia "CORPOTECMETA" con una intensidad de 40 horas teórico - prácticas del 06 al 10 de septiembre del 2025 obteniendo excelente resultados.

Dado en Villavicencio - Meta, a los 10 días del mes de septiembre del año 2025 Acta No 1404

Reg. No 1404 (F.1)

Calle 37. No 40-51 Barzal Alto. Villavicencio-Meta. Cel. 3222500942
administrativa@corpotecmeta.edu.co

**ALEJANDRA ECHENIQUE MOSQUERA**
Directora

**SANDRA SALCEDO APONTE**
Secretaria

# CORPORACIÓN TECNOLÓGICA PARA EL META Y LA ORINOQUIA "CORPOTECMETA"

ACUERDO 039 DEL 5 DICIEMBRE DEL 2008 (MSPS)- RESOLUCIÓN N° 1022 DEL 30 JUNIO 2020 (SEM) REPUBLICA DE COLOMBIA - MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

## CERTIFICA QUE:

# CECILIA MARICRUZ CAMPOSECO M.

Identificado (a) con C.E. 5.965.844

Realizo y Aprobó el curso en: ASESORIA PRE - POST VIH, adelantado en las instalaciones de la Institución Educativa Para El Trabajo y el Desarrollo Humano, Corporación Tecnológica Para el Meta y la Orinoquia "CORPOTECMETA" con una intensidad de 60 horas teórico - prácticas del 13 al 16 de enero del 2026 obteniendo excelente resultados.

Dado en Villavicencio - Meta, a los 16 días del mes de enero del año 2026 Acta No 1524 Reg. 3No 1524. (F.1)

Calle 37. No 40-51 Barzal Alto. Villavicencio-Meta Cel. 3222500942
administrativa@corpotecmeta.edu.co

**ALEJANDRA ECHENIQUE MOSQUERA**
Directora

**SANDRA SALCEDO APONTE**
Secretaria

LIFECARE
SERVICE

*Comprometidos con sus necesidades*

11

HACE CONSTAR QUE:

# CECILIA MARICRUZ CAMPOSECO MONTEJO

*C.C. 5.965.844 C.E*

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER DE

## *INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)*

*Ralizado los días 30 al 31 de AGOSTO de 2025, con una intensidad de 20 horas.*
*CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 31 DE AGOSTO DE 2027*

*DADO EN ACACIAS (META) A LOS 31 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DE 2025*

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

*Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.*
*VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN*

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 313 474 0022 - Ofic. 608 873 6310

Sede Armenia.
Cel. 300 702 0999

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

Powered by Cam!

# CORPORACIÓN TECNOLÓGICA PARA EL META Y LA ORINOQUIA "CORPOTECMETA"

ACUERDO 039 DEL 5 DICIEMBRE DEL 2008 (MSPS)- RESOLUCIÓN N° 1022 DEL 30 JUNIO 2020 (SEM) REPUBLICA DE COLOMBIA - MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

## CERTIFICA QUE:

# CECILIA MARICRUZ CAMPOSECO M.

Identificado (a) con C.E. 5.965.844

Realizo y Aprobó el curso en: **PLANIFICACION FAMILIAR,** adelantado en las instalaciones de la Institución Educativa Para El Trabajo y el Desarrollo Humano, Corporación Tecnológica Para el Meta y la Orinoquia "CORPOTECMETA" con una intensidad de 60 horas teórico - prácticas del 14 al 18 de enero del 2026 obteniendo excelente resultados.

Dado en Villavicencio - Meta, a los 18 días del mes de enero del año 2026 Acta No 1518 Reg. No 1518 (F.2)

Calle 37. No 60-51 Barzal Alto. Villavicencio-Meta Cel. 3222500942
administrativa@corpotecmeta.edu.co

**ALEJANDRA ECHENIQUE MOSQUERA**
Directora

**SANDRA SALCEDO APONTE**
Secretaria

# CORPORACIÓN TECNOLÓGICA PARA EL META Y LA ORINOQUIA "CORPOTECMETA"

ACUERDO 039 DEL 5 DICIEMBRE DEL 2008 (MSPS)- RESOLUCIÓN N° 1022 DEL 30 JUNIO 2020 (SEM) REPUBLICA DE COLOMBIA - MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

## CERTIFICA QUE:

# CECILIA MARICRUZ CAMPOSECO M.

Identificado (a) con C. E. 5.965.844

Realizo y Aprobó el curso en: **RIESGO BIOLOGICO**, adelantado en las instalaciones de la Institución Educativa Para El Trabajo y el Desarrollo Humano, Corporación Tecnológica Para el Meta y la Orinoquia "CORPOTECMETA" con una intensidad de 60 horas teórico - prácticas del 14 al 18 de enero del 2026 obteniendo excelente resultados.

Dado en Villavicencio - Meta, a los 18 días del mes de enero del año 2026 Acta No 1519 Reg. No 1519. (F.2)

Calle 37. No 40-51 Barzal Alto. Villavicencio-Meta Cel. 3222500942
administrativa@corpotecmeta.edu.co

**ALEJANDRA ECHENIQUE MOSQUERA**
Directora

**SANDRA SALCEDO APONTE**
Secretaria

Cruz Roja Colombiana
Seccional Meta

# El Instituto de Educación de Formación para el Trabajo y el Desarrollo Humano "TEDDY TORNBAUN"

Autorizado por la Secretaria de Educación del Municipio de Villavicencio, según Resolución 578 del 23 de septiembre de 2004

Hace Constar Que:

## CECILIA MARICRUZ CAMPOSECO MONTEJO

C.E. 5965844

Recibió capacitación en:

# " MISION MEDICA"

Con intensidad de 40 horas

Esta Constancia se expide en Villavicencio, a los veintiocho (28) días de Noviembre de 2024

GINA PAHOLA RODRIGUEZ
Directora Instituto Teddy Tornbaun

IETT-CC-2308-2024

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Certifica*

# *Cecilia Maricruz Camposeco Montejo*

## *CE 5965844 de Bogotá D.C*

Realizó y aprobó el Curso Manejo Integrado de la Desnutrición Aguda, Moderada y Severa en Niños y Niñas de 0 a 59 Meses - Según Resolución 2350 de 2020.
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-01-05
Fecha de vencimiento: 2027-01-05

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

| HOSPITAL LOCAL DE GUAMAL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN E.S.E | | |
|---|---|---|
| HOSPITA LOCAL DE GUAMAL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN E.S.E NIT. 800037202-3 | | |
| FORMATO DE CONTRATACIÓN | | |
| Fecha: 19/10/2022 | Código: GTH-FR-02 | Versión: 02 |

**LA SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DEL HOSPITAL LOCAL DE GUAMAL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN E.S.E.**

**HACE CONSTAR QUE:**

La señora **CECILIA MARICRUZ CAMPOSECO MONTEJO,** identificada con cédula de ciudadanía No 5.965.844 celebró con el Hospital Local de Guamal los siguientes contratos de prestación de servicios, cumpliendo con el objeto y las obligaciones estipuladas. Lo anterior, relacionado en detalle a continuación:

| | |
|---|---|
| No CONTRATO | 274/2024 |
| OBJETO | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES REALIZANDO CONSULTAS Y ACTIVIDADES DE MEDICINA A NIVEL INDIVIDUAL, FAMILIAR Y COMUNITARIO PARA EL HOSPITAL LOCAL DE GUAMAL PRIMER NIVEL DE ATENCION E.S.E. |
| VALOR | $ 17,564,000 |
| TERMINO DE EJECUCIÓN | 02 MESES, 10 DIAS |
| FECHA DE INICIO | 21/10/2024 |
| FECHA DE TERMINACIÓN | 31/12/2024 |
| ESTADO | TERMINADO |
| No CONTRATO | 039/2025 |
| OBJETO | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL EN EL PROCESO ASISTENCIAL URGENCIAS, HOSPITALIZACION, SALA DE PARTOS Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL LOCAL DE GUAMAL PRIMER NIVEL DE ATENCION E.S.E EN LA MODALIDAD TIPO HORA |
| VALOR | $ 14,400,000 |
| TERMINO DE EJECUCIÓN | 04 MESES |
| FECHA DE INICIO | 07/01/2025 |
| FECHA DE TERMINACIÓN | 06/05/2025 |
| ESTADO | EN EJECUCIÓN |

**Obligaciones:**

1. Dar trato personalizado y humanizado al usuario.
2. Desarrollar y fortalecer las habilidades y capacidades de los grupos familiares o no familiares para el cuidado de sí mismo, del otro y del medio ambiente, la sana convivencia y la protección de cada uno de sus integrantes, con énfasis en niños, niñas y adolescentes, mujeres gestantes y lactantes, personas mayores.

3. Promover las capacidades de las personas, familias y comunidades para el ejercicio de la ciudadanía, actuando frente al reconocimiento y la exigibilidad del derecho fundamental a la salud y la participación en los espacios de decisión.
4. Promover el mejoramiento de los ambientes físicos de la vivienda y el entorno, controlar los riesgos asociados a condiciones socioambientales desfavorables y promover los factores protectores para la salud y la calidad de vida.
5. Identificar las condiciones de salud las personas, familias y comunidades en los micro territorios y gestionar la respuesta efectiva en salud a las diferentes modalidades de atención (extramural, intramural en prestador primario o complementario y telemedicina).
6. Promover y facilitar respuestas integrales a las necesidades de las personas, familias y comunidades, por medio de la articulación de la oferta de los servicios sociales, conforme al contexto poblacional y acorde con el curso de vida.
7. Desarrollar procesos educativos que faciliten a las personas elegir y adoptar prácticas favorables a la salud, prácticas de cuidado, compañía y desarrollo de vínculos afectivos y sociales positivos para el desarrollo humano.
8. Desarrollar espacios de participación social y popular por cada vereda- barrio donde operen los equipos básicos de salud.
9. Caracterización familiar y del entorno, de acuerdo con el registro administrativo o instrumento que tenga la entidad territorial, considerando los sistemas de seguimiento nominal y otros sistemas de alerta de los cuales se disponen en el territorio para favorecer la gestión de atenciones no prestadas.
10. Realizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje con las comunidades de cada micro territorio.
11. Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación
12. Valoración de primer contacto de acuerdo con los siguientes instrumentos:
    a. familiograma,
    b. APGAR familiar,
    c. escala de sobrecarga del cuidador de ZARIT
    d. Ecomapa
13. Identificar las condiciones de salud de los miembros de la familia y los hogares, haciendo uso de los dispositivos médicos asignados
14. Gestionar la prestación de los servicios de salud (promoción de la salud, educación, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos), de acuerdo con las necesidades identificadas, realizando la canalización a las diferentes modalidades (extramural, intramural en prestador primario o complementario y telemedicina). Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública
15. Gestionar el traslado a instituciones de salud de personas que requieren remisión urgente a partir de lo identificado en la atención en salud
16. Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno
17. Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades.
18. Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores.
19. Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta que defina el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin.
20. Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas- barrios y micro territorios abordados por el equipo

21. Conformar en la comunidad las acciones que desarrollarán los equipos a través de medios y herramientas comunicativas
22. Intervención a las 299 familias asignadas en el micro territorio descrito en la propuesta.
23. Formulación del plan integral del cuidado primario de acuerdo con los resultados de la caracterización realizada, identificando intervenciones individuales que deben garantizarse por momento de curso de vida y a la población materno perinatal; valorando riesgos previamente detectados; proyectando procesos de educación para la salud dirigido a las personas y/o a la familia (u otros sujetos colectivos de acuerdo al entorno abordado); definiendo contenidos a abordar en el marco de la información en salud; reconociendo necesidades de gestión intersectorial de acuerdo a necesidades detectadas y oferta territorial; entre otros

La presente se expide a solicitud del interesado, el día 22 de enero de 2025

Atentamente

**YENNY ALVARADO ROJAS**
Subdirectora Administrativa y Financiera

| *Proyecto: I.J.J* | *Reviso: J.L.O* | *Aprobó: Yenny Alvarado Rojas* |
|---|---|---|
| *CPS Apoyo contratación* | *CPSP Asesor Jurídico* | *Subdirectora Administrativa y Financiera* |

HOSPITAL SAN JOSÉ DEL GUAVIARE
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

EL HOSPITAL A SU SERVICIO
Código de prestador
95 001 0000101
Nit 832001966-2

Área de Talento Humano

**LA GERENTE DE LA ESE HOSPITAL SAN JOSE DEL GUAVIARE, EN USO DE SUS FACULTADES LEGALES ESPECIALMENTE LAS CONFERIDAS POR EL DECRETO 165 Y ACTA DE POSESIÓN 903 DE 29 DE JULIO DE 2021, EMANADA POR LA GOBERNACIÓN DEL GUAVIARE Y**

**CERTIFICA:**

Que, revisada la hoja de vida de la doctora **CECILIA MARICRUZ CAMPOSECO MONTEJO,** identificada con la cédula de extranjería No. 5.965.844 expedida en Bogotá D.C, se pudo establecer que laboró en la E.S.E. Hospital San José del Guaviare como ***PROFESIONAL DEL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO EN MEDICINA,*** desde el 01 de enero de 2023 y hasta el 31 de diciembre de 2023, según Resolución de nombramiento No. 1399 de fecha 28 de diciembre de 2022 y Acta de Posesión No. 754 de 01 de enero de 2023, en la Plaza Código 9500100001011-15 aprobada por la Secretaría de Salud del Guaviare, según Resolución de aprobación N° 326 del 01 de Junio de 2016.

Que, para la vigencia actual su Asignación Básica Mensual asciende a la suma de **SEIS MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y UN MIL CIEN PESOS ($6.891.100.oo) M/CTE.**

La presente certificación se expide el ocho (8) de febrero de 2024, para adelantar trámites ante la secretaria de Salud Departamental del Guaviare.

**OVEIDA PARRA NOVOA**
**C.C 51.827.967 Bogotá-D.C**

*Reviso/Dora Judith cuadrado Orjuela/Profesional Universitario /Talento Humano*
*Proyectó/Elaboró/Carolina Cruz Moreno/ Técnico Administrativo /Talento Humano*



Scanned with CamScanner

San Carlos de Guaroa, Meta, 15 de julio del 2026.

Doctora.
**YENNY LORENA GAMA BECERRA**
Gerente.
E.S.E. Hospital Local San Carlos de Guaroa.
Calle 5 N 7 14 Tel. 6557182
La Ciudad

**Asunto:**
**Declaración Juramentada de no estar incurso en Inhabilidades e Incompatibilidades para desarrollar las actividades**
**Pago de aportes al SGSSS y parafiscales**

**CECILIA MARICRUZ CAMPOSECO MONTEJO** identificada con cedula de ciudadanía número 5965844 de México, con domicilio en la ciudad de San José del Guaviare, de acuerdo con la invitación a ofertar, declaro bajo la gravedad del juramento:

- Que no me encuentro incurso dentro de las causales de INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD del orden constitucional y legal para contratar con el Hospital, Ley 1474 de 2011, artículo 1° (inhabilidad para contratar de quienes incurran en actos de corrupción), artículo 4° (inhabilidad para que los ex empleados públicos contraten con el estado), artículo 5° (Quien haya celebrado un contrato estatal de obra pública, de concesión, suministro de medicamentos y de alimentos o su cónyuge, compañero o compañera permanente, pariente hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y/o primero civil o sus socios en sociedades distintas de las anónimas abiertas, con las entidades a que se refiere el artículo 2° de la Ley 80 de 1993, durante el plazo de ejecución y hasta la liquidación del mismo, no podrán celebrar contratos de interventoría con la misma entidad) y artículo 90 (inhabilidad por incumplimiento reiterado).
- Igualmente que conforme a la "Ley 828 de 2003, especialmente lo consignado en el Artículo 1., por *medio del cual se modifica el parágrafo 2o. del Artículo 50 de la Ley 789 de 2002*", en la actividad en la que me desempeño **no estoy obligado al pago de los aportes parafiscales** (S.E.N.A., CAJA DE COMPENSACIÓN, I.C.B.F.)
- de igual forma declaro bajo la gravedad del juramento que me encuentro al día en lo que respecta en los pagos de seguridad social en salud y pensión.

Lo anterior para los fines pertinentes.

Atentamente,

Firma: Cecilia Maricruz Campoeco Montejo.

**CECILIA MARICRUZ CAMPOSECO MONTEJO**
C.C de Ext. 5965844 de México
E-mail: camposecocecilia91@gmail.com
Dirección: CLL 8 C 28 B 40 CA 18 D BRR Portal de Belén San José del Guaviare
Celular: 3182161286

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 300161189

PIB
08:43:26
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 08 de julio del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) CECILIA MARICRUZ CAMPOSECO MONTEJO identificado(a) con Cédula Extranjería número 5965844:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

**ATENCIÓN :**
**ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.**

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 09 de julio de 2026, a las 16:16:03, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 5965844 |
| Código de Verificación | 5965844260709161603 |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 04:18:40 PM horas del 09/07/2026, el ciudadano extranjero con:
Cédula de Extranjería N° **5965844**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Los resultados de esta consulta solo corresponden a antecedentes judiciales dentro del territorio nacional de Colombia.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 -- 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co



Todos los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia

(https://www.policia.gov.co/)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 11/12/2025 10:21:18 p. m. para **la Cedula de Extranjeria:** Nº. **9565844**

## NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **129824236** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

62

# CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 16:15:04 horas del 09/07/2026, el ciudadano identificado con cédula de extranjería No. **5965844.**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL LOCAL SAN CARLOS DE GUAROA**, con NIT **900077520-4** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.




© 2026 Policía Nacional de Colombia Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

TIC

# MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

## CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CE 5965844 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 09/07/2026 10:02 PM

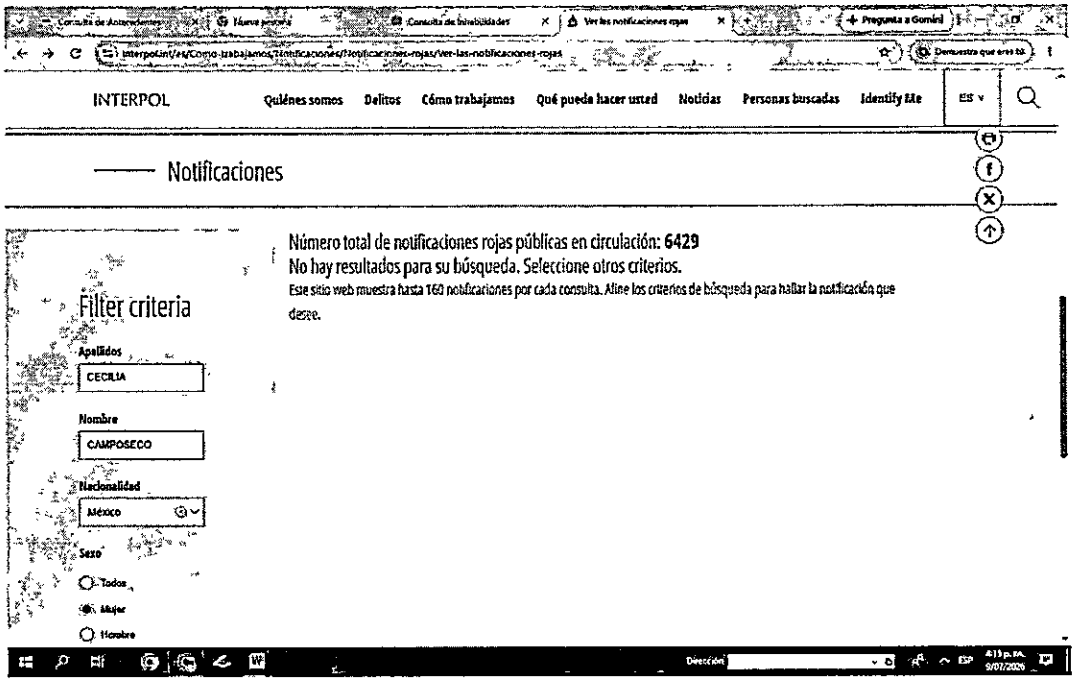
Código Verificación: **NCJEKT7QD9**

Válida hasta: **08/10/2026**

---

## Dirección de Gobierno Digital

## MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC


INTERPOL
Quiénes somos
Delitos
Cómo trabajamos
Qué puede hacer usted
Noticias
Personas buscadas
Identify Me
ES
Notificaciones
Número total de notificaciones rojas públicas en circulación: 6429
No hay resultados para su búsqueda. Seleccione otros criterios.
Este sitio web muestra hasta 160 notificaciones por cada consulta. Afine los criterios de búsqueda para hallar la notificación que desee.
Filter criteria
Apellidos
CECILIA
Nombre
CAMPOSECO
Nacionalidad
México
Sexo
Todos
Mujer
Hombre

# Sanctions List Search

Specially Designated Nationals and Blocked Persons list ("SDN List") and all other sanctions lists administered by OFAC, including the Foreign Sanctions Evaders List, the Non-SDN Iran Sanctions Act List, the Sectoral Sanctions Identifications List, the List of Foreign Financial Institutions Subject to Correspondent Account or Payable-Through Account Sanctions and the Non-SDN Palestinian Legislative Council List. Given the number of lists that now reside in the Sanctions List Search tool, it is strongly recommended that users pay close attention to the program codes associated with each returned record. These program codes indicate how a true hit on a returned value should be treated. The Sanctions List Search tool uses approximate string matching to identify possible matches between word or character strings as entered into Sanctions List Search, and any name or name component as it appears on the SDN List and/or the various other sanctions lists. Sanctions List Search has a slider-bar that may be used to set a threshold (i.e., a confidence rating) for the closeness of any potential match returned as a result of a user's search. Sanctions List Search will detect certain misspellings or other incorrectly entered text, and will return near, or proximate, matches, based on the confidence rating set by the user via the slider-bar. OFAC does not provide recommendations with regard to the appropriateness of any specific confidence rating. Sanctions List Search is one tool offered to assist users in utilizing the SDN List and/or the various other sanctions lists; use of Sanctions List Search is not a substitute for undertaking appropriate due diligence. The use of Sanctions List Search does not limit any criminal or civil liability for any act undertaken as a result of, or in reliance on, such use.

Download the SDN List | Sanctions List Search: Rules for use | Visit The OFAC Website

Download the Consolidated Non-SDN List | Program Code Key

**Lookup**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Type:** | All | **Address:** | SAN CARLOS DE GUAROA |
| **Name:** | CECILIA CAMPOSECO | **City:** | SAN CARLOS DE GUAROA |
| **ID # / Digital Currency Address:** | 5965844 | **State/Province:*** | COLOMBIA |
| **Program:** | All<br>561-Related<br>BALKANS<br>BALKANS-EO14033 | **Country:** | All |
| | | **List:** | All |
| **Minimum Name Score:** | 100 | | Search Reset |

**Lookup Results: 0 Found**

| Name | Address | Type | Program(s) | List | Score ▼ |
|---|---|---|---|---|---|
| Your search has not returned any results. | | | | | |

* U.S. states are abbreviated on the SDN and Non-SDN lists. To search for a specific U.S. state, please use the two letter U.S. Postal Service abbreviation.

SDN List last updated on: 7/1/2026 10:08:32 AM
Non-SDN List last updated on: 1/8/2026 10:05:51 AM

| | | |
|---|---|---|
| E.S.E HOSPITAL LOCAL SAN CARLOS DE GUAROA<br>Nit: 900.077.520-4 | | Código: GCA-FR-02 |
| GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA | | Versión: 01 |
| FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE Y/O PROVEEDORES | | Vigencia: 20-03-2024 |

| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO | | | | CIUDAD | San Carlos de Guaroa | DEPARTAMENTO | Meta |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**CLASE DE VINCULACIÓN**

| PROVEEDOR | Asistencial | X | Administrativo | | COLABORADOR | |
|---|---|---|---|---|---|---|

**DATOS PERSONAL NATURAL**

| PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---|---|---|---|
| Cecilia | Mancera | Composeco | Montejo |

| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | | | | No. IDENTIFICACIÓN | LUGAR EXPEDICIÓN | FECHA DE EXPEDICIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. | C.E X | T.I | OTRO | 59.653.849 | Mexico | 13/03/2021 |

| FECHA DE NACIMIENTO | LUGAR DE NACIMIENTO | PROFESIÓN U OFICIO | TELÉFONO - CELULAR |
|---|---|---|---|
| 09/03/1991 | Mexico | | |

| DIRECCIÓN RESIDENCIA | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA DE CORTE DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA | | | |
| TOTAL ACTIVOS | TOTAL PASIVOS | | TOTAL PATRIMONIO 30.000.000 |
| INGRESOS MENSUALES | EGRESOS MENSUALES | | OTROS INGRESOS MENSUALES |
| ESTADO CIVIL | CORREO ELECTRÓNICO | | |

MARQUE CON UNA (X), SEGÚN CORRESPONDA, POR SI PERFIL, CARGO O PROFESIÓN

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ¿Maneja recursos públicos? | SI | NO | ¿Tiene reconocimiento público? | SI | NO |
| ¿Ejerce algún grado de poder público? | SI | NO | ¿Es familiar de una persona públicamente expuesta? | SI | NO |

¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países? NO

**DATOS PERSONA JURIDICA**

| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | NIT | DV |
|---|---|---|
| | | |

| TIPO DE EMPRESA | | | SECTOR DE LA ECONOMÍA | CIIU |
|---|---|---|---|---|
| PÚBLICA | PRIVADA | MIXTA | | |

| DIRECCIÓN OFICINA PRINCIPAL | TELÉFONO (S) |
|---|---|
| | |

| FECHA DE CORTE DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA | | | | |
|---|---|---|---|---|
| TOTAL ACTIVOS | TOTAL PASIVOS | TOTAL PATRIMONIO | TIENE SUCURSALES | |
| | | | SI | NO |

**DATOS REPRESENTANTE LEGAL**

| PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---|---|---|---|
| | | | |

| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | | | | No. IDENTIFICACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| C.C. | C.E. | T.I. | OTRO | CUÁL |

Identificación de Accionistas que tengan directa o indirectamente más del 5% del Capital Social, Aporte o Participación

| Nombre Completo | Tipo ID | Número ID | ¿Por su actividad o cargo goza de Reconocimiento Público, Poder Público y/o maneja Recursos Públicos? Marque SI o NO y especifique |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ¿Realiza transacciones en Moneda Extranjera? | SI | NO | CUÁL |
| ¿Posee productos Financieros en el Exterior? | SI | NO | CUÁL |

| PRODUCTO | NÚMERO DE PRODUCTO | MONEDA | MONTO | ENTIDAD | CIUDAD | PAIS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

**DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS**

Declaro expresamente que:

Mi actividad, profesión u oficio de la persona Natural o Jurídica es lícita, se ejerce dentro del marco legal y los recursos que poseeo no provieven de actividades ilicitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano. La información suministrada en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizar anualmente, el incumplimiento de esta obligación faculta a la ESE Hospital Local San Carlos de Guaroa, para revocar y/o rescindir unilateralmente el contrato. Los recursos que se deriven de esta relación contractual no se destinarán a delitos fuente relacionados con Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo - LA/FT, grupos terroristas, corrupción, opacidad, fraude o actividades terroristas.

Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos fuente relacionados con LA/FT, o la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico, fraude, opacidad o corrupción.

Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen de Fondos:

**CONSIDERACIONES Y AUTORIZACIONES**

Los datos personales solicitados en el presente formato de conocimiento del cliente - sarlaft son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para prevenir y controlar el Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo - LA/FT.

Que conforme con lo dispuesto por el literal b) de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del Lavado de Activos y el Financiamiento del Terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular.

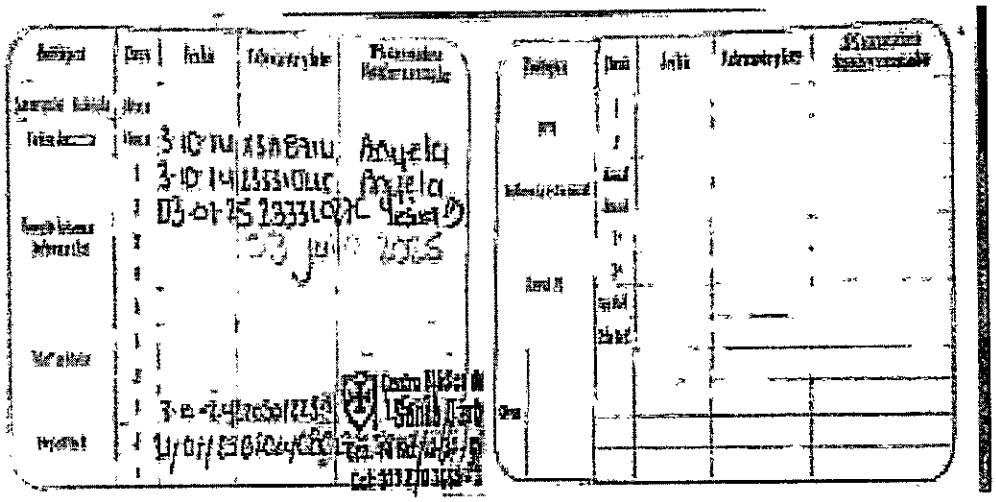
La ESE Hospital Local San Carlos de Guaroa podrá terminar unilateralmente e inmediatamente el vinculo contractual al proveedor o colaborar, cuando:

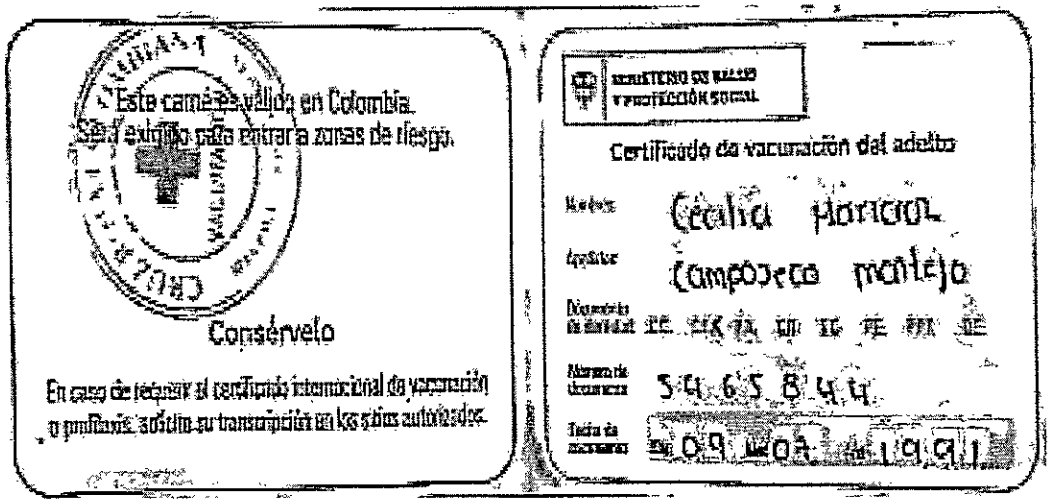
- Aparezcan vinculados por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por LA/FT y sus delitos fuente; además por testaferrato, corrupción, opacidad o fraude.
- Sean incluidos en listas vinculantes de acuerdo con lo estioulado en la C.E. 099 de 2018 - SARLAFT de la Superintendencia Nacional de Salud.
- Sean condenados por parte de las autoridades competentes por cualquiera de los delitos fuente del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo - LA/FT, corrupción, opacidad o fraude descritos en el Código Penal Colombiano.

**FIRMA**

| | |
|---|---|
| Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes, firmo el presente documento a los _____ días del mes de _____ del año _____, en la ciudad de _____ | Cecilia<br>FIRMA PERSONAL NATUTAL O REPRESENTANTE LEGAL |

Todos los espacios del formato deben quedar diligenciados, por lo tanto en aquellos que no tengan información por favor escriba N.A. (no aplica)




Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.
Consérvelo
En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicítelo en las sedes autorizadas.
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
Certificado de vacunación del adulto
Nombres
Cecilia Patricia
Apellidos
Campo Arce Manrique
Número de identidad
CC
Número de documento
54658444
Fecha de nacimiento
09 MAR 1991

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Cecilia Maricel

Apellidos: Camposeco montejo

Documento de identidad: CC CEE PA CD PE PEP RC

Número de documento: 54658444

Fecha de nacimiento: 09 04 1991

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre y municipio |
|---|---|---|---|---|
| Sinovac - Coronavac | Única | | | |
| Pfizer Comirnaty | 1ra | 3-10-14 | 133340 | Arauca |
| | 2 | 3-10-14 | 133340 | Arauca |
| Janssen Vacuna COVID-19 Ad26.COV2.S | 3 | 03-01-25 | 133340 | Arauca |
| | 4 | | 03-julio-2025 | |
| | 5 | | | |
| Moderna Spikevax | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Otra vacuna | 1 | 3-10-24 | 133340 | Centro Médico Santa Barbara Cra. 14 No. 12-94 Tel. Cel. 310 220 3185 |
| | 2 | 31-1-24 | | |
| | 3 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre y municipio |
|---|---|---|---|---|
| Sputnik | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Sinopharm Covilo | Anual | | | |
| | Anual | | | |
| Convidecia | 1ª | | | |
| | 2ª | | | |
| | Unidosis | | | |
| | Refuerzo | | | |
| Otra | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

GOBIERNO de GUATEMALA | MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

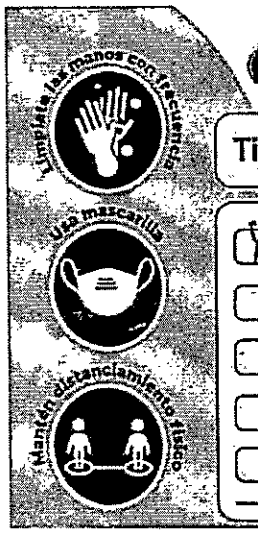
# Carné de Vacunación
## COVID-19

**Nombre:** Carlos Mauricio Cifuentes Montes

**DPI:**

**Puesto de vacunación:**

Vacuna COVID-19




*La vacunación es gratis, segura y voluntaria*

**Tipo de vacuna:**

- [x] Moderna
- [ ] AstraZeneca
- [ ] Sputnik
- [ ] Pfizer
- [ ] Otra _____

**Fecha de administración:**

**1ra. dosis** 22/10/21

**2da. dosis** 01/12/21

**Refuerzo**